werner otto institut
gGmbH
Bodelschwinghstraße 23 * 22337 Hamburg
Telefon: 50 77 – 02 * Fax: 50 77 - 31 91
eMail: anmeldung@werner-otto-institut.de
Sozialpädiatrisches Zentrum zur Früherkennung und Behandlung
entwicklungsgestörter oder behinderter Kinder und Jugendlicher
Ärztlicher Leiter: Dr. med. Joachim Riedel

Anmeldebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

WIR NEHMEN NUR VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLTE ANMELDUNGEN AN

Name des Kindes: _____ Vorname:_____

geb. am: _____ Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

Nationalität. _____Sprache_____

Straße/Haus-Nr.: _____wohnhaft bei:_____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ (priv.) _____ (mobil)

Fax: _____ eMail: _____

Krankenversicherung/-kasse: _____

Über Vater oder Mutter versichert? _____

Wurde Ihr Kind oder ein Geschwisterkind bereits in unserem Institut vorgestellt? ☐ ja ☐ nein

Sorgeberechtigte:	Vater	Mutter	Andere
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
geb. am:	_____	_____	_____
Anschrift: (falls von o. g. Anschrift abweichend)	_____	_____	_____ Bitte Behörden-Bescheide einreichen

Wichtiger Hinweis: Zur Anmeldung für **stationäre** oder **tagesklinische Behandlungen** in der Eltern-Kind-Klinik/Kinder- und Jugendpsychiatrie des EKA verwenden Sie bitte den anderen Anmeldebogen (s. Homepage der Klinik)

***Fragestellung des überweisenden Kinderarztes/ Kinderärztin für die Untersuchung:**

*Stempel und Unterschrift des Kinderarztes-/Ärztin

Handelt es sich um eine Eingangsdiagnostik zur Komplexleistung Frühförderung? ja ☐ nein ☐

Bitte beachten: Dies ist ein besonderes Angebot nur für Hamburger Kinder von 0 Jahren bis zur Einschulung in die 1. Klasse

Weshalb möchten Sie Ihr Kind im Werner Otto Institut vorstellen?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Wir möchten Ihr Kind und seine Probleme besser kennen lernen. Darum bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen, evtl. unter Zuhilfenahme des Mutterpasses und des Vorsorgeheftes:

<u>Komplikationen während der Schwangerschaft:</u>

Wenn ja, welche? _____

_____

_____

<u>Komplikationen bei/nach der Geburt:</u>

Wenn ja, welche? _____

_____

_____

<u>Geburtsklinik:</u> _____

Länge bei Geburt _____ cm; Gewicht _____ g; Kopfumfang _____ cm.

Bisherige Entwicklung:

Bewegung: mit Monaten Jahren

Wann konnte Ihr Kind gezielt greifen _____

krabbeln _____

sich aufsetzen _____

sich aufstellen _____

laufen _____

Sprache:

Erste Worte im Alter von: _____ Kurze Sätze im Alter von: _____

Versteht Ihr Kind Aufträge altersentsprechend? ☐ ja ☐ nein

Sprachauffälligkeiten: _____

Ohren:

Kann Ihr Kind gut hören? ☐ ja ☐ nein

Wo wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? _____

Augen:

Kann Ihr Kind gut sehen? ☐ ja ☐ nein

Von welchem Augenarzt wurde Ihr Kind untersucht? _____

Ergebnis / Befunde _____

Selbständigkeit:

Wann konnte Ihr Kind alleine essen? _____

sich alleine ausziehen? _____

sich alleine anziehen? _____

Knöpfe bedienen? _____

eine Schleife binden? _____

Wann war es sauber? tagsüber_____ nachts_____

trocken? tagsüber_____ nachts_____

Spielverhalten:

Was spielt Ihr Kind gerne? _____

Kann sich Ihr Kind allein beschäftigen? ☐ ja ☐ nein

Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen? ☐ ja ☐ nein

Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? ☐ ja ☐ nein

Kann es mit diesen längere Zeit ohne Streit spielen? ☐ ja ☐ nein

Verhalten/Emotionen:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind folgende Probleme?

☐ Kontaktschwierigkeiten
☐ Aggressivität
☐ starke motorische Unruhe
☐ soziale Schwierigkeiten
☐ starke(r) Trotz, Wut, Unwillen
☐ Konzentrationsschwäche
☐ Störung des Essverhaltens
☐ ausgeprägte Schlafstörungen
☐ Übermäßige Ängstlichkeit
☐ Traurigkeit
☐ _____
☐ _____

Angaben zu Krankheiten Ihres Kindes:

Bisherige Erkrankungen _____

_____

u. a. Krampfanfälle ☐

Allergien ☐

Krankenhausaufenthalte / Operationen _____

_____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme _____

_____

*Bei welchen Ärzten, Kliniken, Therapeuten oder Erziehungsberatungsstellen wurde/wird Ihr Kind betreut? Ggf. fügen Sie den letzten Bericht oder die Fragestellung der Einrichtung bei.

Name und Adresse: Zeitraum:

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

Welche (Betreuungs-)Einrichtungen besuchte Ihr Kind und welche besucht es jetzt?

A. Kindertagesstätte, Spielgruppen, Kindertagespflege seit wann bis

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

B. Schule, Förderschule, Bildungszentrum seit wann bis

_____ ☐

_____ ☐

_____ ☐

Es sind **alle** Sorgeberechtigten mit einer Vorstellung des Kindes im Werner Otto Institut einverstanden.

Bitte reichen Sie Bescheide zur Vollmacht/ Pflegschaft /Adoption sofern zutreffend ein

Ich bin damit einverstanden, dass mir eine SMS als Terminerinnerung gesendet wird.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass das Werner Otto Institut bei Bedarf die Berichte der oben genannten angekreuzten Einrichtungen anfordern kann und nach Abschluss der Untersuchung den Arztbrief an den überweisenden Arzt oder an einen von den Eltern benannten neuen zuständigen Kinderarzt senden kann. Diese Einverständniserklärung gilt bis zum Widerruf.

Wir versichern, dass unser Kind zurzeit nicht in einem anderen Sozialpädiatrischen Zentrum oder in einer sozialpsychiatrischen Praxis / Ambulanz (Kinder- und Jugendpsychiater) behandelt wird. (Anmerkung: Die Krankenkassen schließen eine gleichzeitige Behandlung in mehreren derartigen Einrichtungen aus.)

_____ * _____

Datum Unterschrift aller Sorgeberechtigen